[Meerjarenafspraken Forensische Zorg 2013-2018]

Taskforce behandelduur tbs

Bevindingen en aanbevelingen

Onder voorzitterschap van Bas Eenhoorn

Colofon

Afzendgegevens	**Taskforce behandelduur tbs** Turfmarkt 147 2511 DP Den Haag	 Piet Mondriaanplein 25 3812 AV Amersfoort
Contactpersoon	Rianne Kasander *secretaris namens GGZ Nederland* @ rkasander@ggznederland.nl T 06 4605 0384 Sophie Koek *secretaris namens het ministerie van Veiligheid en Justitie* @ s.koek@dji.minjus.nl T 06 4684 6266	
Projectnaam	Taskforce behandelduur tbs	
Datum	22 december 2014	
Bijlage(n)	Samenstelling taskforce ketenoverzicht terbeschikkingstelling	
Auteur	Taskforce behandelduur tbs	

Inhoud

Colofon 1

Inhoud 2

Inleiding 3

Samenvatting van de aanbevelingen 4

Opdracht 7

Doel 9

Samenstelling en werkwijze 10

Ter beschikking stelling 11

Behandelduur 13

Context 13
- Opgelopen behandelduur 14
- Huidige trends 14

Bevindingen 16
- Instroom 16
- Behandeling 17
- Doorstroom 17
- Uitstroom 18

Aanbevelingen 19
- *Instroom* 19
- *Doorstroom* 24
- Uitstroom 25

Vervolg 26

Literatuur 27

Bijlage 28
- Bijlage 1
- Bijlage 2

Inleiding

In het voorjaar van 2013 hebben het Ministerie van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) onderhandeld over de wijze waarop invulling gegeven zal worden aan de opgelegde bezuinigingen op de forensische zorg[1]. Tevens werd beoogd een impuls te geven aan de kwaliteit en efficiency van de totale keten van forensische zorg. Uit deze onderhandeling is een overeenkomst voortgekomen tussen de partijen, welke op 3 april 2013 door de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie dhr. Teeven, de voorzitter van GGZ Nederland mevr. Barth en de voorzitter van de VGN mevr. Dupuis is ondertekend.

In de 'Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2018' zijn afspraken gemaakt voor een gezamenlijke agenda om de forensische zorg kwalitatief hoogwaardig te houden. Een van deze afspraken houdt in dat de behandelduur in de ter beschikking stelling met dwangverpleging (tbs) zal worden verkort naar gemiddeld 8 jaar. Het verkorten van de tbs-behandelduur is bovendien onderdeel van de maatregelen uit het Masterplan DJI, waarmee invulling wordt gegeven aan de bezuinigingsopdracht volgend uit (met name) het Lenteakkoord en het Regeerakkoord.

Van belang in relatie tot bovenstaande zijn ook de ontwikkelingen die voortkomen uit de afspraken gemaakt op de conferentie '*Recht en TBS*' op 8 november 2013 te Lunteren. De tbs sector heeft zich gecommitteerd aan deze afspraken, vastgelegd in het *Manifest van Lunteren*. Het doel van dit manifest is vergroten van het vertrouwen van ketenpartners in de strafrechtsketen in de tbs-maatregel. In het hoofdstuk ' bevindingen' wordt hierop teruggekomen.

Deze rapportage behelst de aanbevelingen van de Taskforce behandelduurverkorting tbs (hierna taskforce). De aanbevelingen die voortvloeien uit de bevindingen van de taskforce, worden ondersteund door afgevaardigden van de betrokken organisaties die deelnemen aan de Taskforce (zie bijlage 1 voor de deelnemers). Deze aanbevelingen, te vinden vanaf pagina 16, zijn o.a. gebaseerd op de bevindingen uit de gesprekken met deze betrokken organisaties. De taskforce biedt deze rapportage aan aan haar opdrachtgevers, de ondertekenaars van de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2018.

Na de inleiding volgt een beknopte weergave van de aanbevelingen. Vervolgens wordt ingegaan op de maatregel tbs, de context waarin deze nu ten uitvoer wordt gelegd en de ontwikkelingen in de behandelduur. Na het omschrijven van deze kaders, volgen de bevindingen van de taskforce. Deze bevindingen vloeien voort uit een reeks gesprekken met de partners uit de strafrechtsketen. Voorts worden de eerder genoemde aanbevelingen uitgewerkt en wordt het vervolgtraject beschreven.

[1] Forensische zorg: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten in een strafrechtelijk kader, waarbij rekening gehouden worden met delict(-risico). Uitgebreide definitie, analoog aan de definitie in de (concept) Wet Forensische Zorg (WFZ): "zorg als omschreven bij of krachtens artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of als omschreven bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringwet, voor zover het geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg betreft, die wordt verleend aan een justitiabele met een psychiatrische aandoening of beperking, verslaving daaronder begrepen, of een verstandelijke handicap, en die al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf of een maatregel, of van de ten uitvoerlegging van een straf of maatregel, of als voorwaarde onderdeel uitmaakt van een sepot, een schorsing van de voorlopige hechtenis, of een gratieverlening op grond van de Gratiewet, dan wel onderdeel uitmaakt van een strafbeschikking waarbij een gedragsmaatregel wordt opgelegd. Beveiliging kan onderdeel uitmaken van forensische zorg".

Samenvatting van de aanbevelingen

De taskforce is op 1 januari 2014 van start gegaan met de opdracht van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie om voor 2018 te komen tot een gemiddelde behandelduur van 8 jaar voor tbs-gestelden. Ten behoeve van de taskforce is een binnenkring en een buitenkring van stakeholders gevormd (bijlage 1). De voorzitter heeft met allen gesproken en op basis hiervan de belemmeringen voor het terugdringen van de behandelduur in beeld gebracht en, in samenspraak met deze stakeholders, de aanbevelingen opgesteld om deze belemmeringen, zoveel als mogelijk, weg te nemen.

Een belangrijk uitgangspunt voor de taskforce is ketensamenwerking. Bevindingen en aanbevelingen van de taskforce worden op basis van de uitgewerkte ketenstructuur (zie hiervoor bijlage 2) onderverdeeld naar de volgende fasen:

- Instroom
- Behandeling (in een fpc)
- Doorstroom (tijdens de maatregel)
- Uitstroom (na beëindiging van de maatregel)

Hieronder worden de aanbevelingen van de taskforce kort weergegeven. De uitwerking en onderbouwing hiervan vindt u in de volgende paragraven.

Instroom

1. Prognoses door de Pro-Justitia rapporteurs van het NIFP
    - De Taskforce adviseert om reeds bij de oplegging van een tbs-maatregel door de Pro-Justitia rapporteurs een uitspraak te laten doen over de verwachte duur van de behandeling van de stoornis.

2. Verwachting ten aanzien van de duur van de maatregel bij oplegging
    - Mede aan de hand van de prognose van de Pro-Justitia rapporteur, kan de rechter in zijn beslissing de verhouding tussen het strafwaardig bevonden feit, de detentie en de duur van de tbs-maatregel wegen.
    - De prognose kan elke verlengingszitting bekeken worden, daar het mogelijk is dat deze door behandelinhoudelijke oorzaken of gebrek aan responsiviteit van de tbs-gestelde niet gehaald dreigt te worden.

3. Voorkomen detentieschade en voorbereiding op de behandeling
    - Uitstel van behandeling heeft geen positief effect op het psychiatrisch ziektebeeld van de tbs-gestelde, aldus gedragsdeskundigen.
    - Detentieschade zou zoveel mogelijk moeten worden voorkomen door:
        - terughoudend te zijn in het opleggen van lange gevangenisstraffen in combinatie met TBS;
        - de rechterlijke macht kan adviseren in een combinatievonnis snellere behandeling op te leggen, als dat in de specifieke omstandigheden de beste weg is. Hierbij valt te denken aan diegenen voor wie de detentietijd beschadigend zal zijn.
        - tbs-gestelden tijdens detentie beter voor te bereiden op en te motiveren voor de behandeling in het fpc. Dit zou kunnen door hen in de laatste fase van de detentie in een PPC te plaatsen;

Behandeling

4. Vaart in het begin van de behandeling
    - Het merendeel van de stakeholders geeft aan dat de meeste winst in de behandeling behaald wordt in de eerste jaren van het behandelcontact.
    - Dubbel werk, zoals nieuwe milieuonderzoeken of diagnostiek terwijl hier rapportages over beschikbaar zijn, in deze beginfase dient voorkomen te worden.

5. Intensiveren rapportagecyclus NIFP
   - Het streven naar een behandelduur van acht jaar, waarbij de meeste winst wordt verwacht aan het begin van de behandelperiode, vraagt om een tussentijdse onafhankelijke evaluatie van de geboekte voortgang.
   - Nu gebeurt dit naar de mening van de taskforce te laat, namelijk pas na zes jaar.
   - De taskforce beveelt aan dit al na vier jaar te doen. Dit is precies op de helft van de beoogde gemiddelde behandelduur.

6. Intensiveren intercollegiale toetsing ter voorkoming van behandelimpasses
   - De taskforce hecht waarde aan het delen van best practices om zo van elkaar te leren.
   - Intensiveren van een dergelijke samenwerking tussen fpc's kan op veel gebieden van nut zijn, waaronder een (dreigende) impasse in de behandeling of een incident.

7. Aanpassing verloftraject (maatregel 1 jaar geen verlof)[2]
   - De taskforce vindt dat de maatregel '1 jaar geen verlof' moet worden aangepast.
   - De verhouding tussen het voorval en de te nemen maatregel is volgens de taskforce vaak niet juist, en de maatregel draagt stevig bij aan de verlenging van de behandelduur.
   - De taskforce beveelt daarom aan om vaker gebruik te maken van de hardheidsclausule[3], en een ander criterium te gebruiken voor de toepassing van de maatregel bij een strafbaar feit.
   - Bij een strafbaar feit zou '1 jaar geen verlof' alleen aan de orde moeten zijn wanneer het OM daadwerkelijk tot vervolging overgaat.

8. Verbeteren uitstroom longstay
   - De taskforce acht van belang dat zoveel als mogelijk een longstayplaatsing wordt vermeden om het negatieve label van ex-longstayer wordt voorkomen.
   - De taskforce ziet veel meer heil in het maken van onderscheid tussen een hoge beveiligingsbehoefte en een hoge zorgbehoefte.
   - In het laatste geval zou de patiënt beter op zijn plek zijn in de ggz.
   - De taskforce pleit voor maatwerk in het kader van voorbereiding op plaatsing in de ggz of verstandelijk gehandicaptenzorg.
   - Het verdient de aanbeveling onbegeleid verlof voor deze groep mogelijk te maken. Zo wordt stapsgewijze doorstroom naar de ggz makkelijker gemaakt.

Doorstroom

9. Ketenpartners eerder betrekken bij de uitstroom
   - Het is zaak dat de ketenpartners elkaar vroeg in het traject weten te vinden en vlot heldere afspraken kunnen maken. Een proactieve houding en het traject-denken zijn van belang.
   - Het keten-denken en het samenwerken kunnen bijdragen aan de bedoeling van de resocialisatie, namelijk dat een tbs-gestelde op het juiste moment op de juiste plaats terecht kan.

10. Betere afstemming met de forensische ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg
   - Er dient voldoende capaciteit beschikbaar te zijn voor uitstromende tbs-gestelden.
   - Voorts zullen het fpc en de vervolgvoorziening heldere afspraken moeten maken ten aanzien van de terugval op expertise van het fpc en bijvoorbeeld time-out plaatsingen.

[2] Sinds 1 januari 2011 wordt aan tbs-gestelden één jaar geen verlof verleend als zij:
- uit begeleid verlof ongeoorloofd afwezig zijn geweest;
- uit onbegeleid verlof (inclusief transmuraal verlof en proefverlof) langer dan 24 uur ongeoorloofd afwezig zijn geweest;
- een strafbaar feit hebben gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten.

[3] Op basis van de hardheidsclausule kan in bepaalde gevallen worden afgezien van toepassing van de maatregel indien zwaarwegende persoonlijke omstandigheden zich daartegen verzetten.

Uitstroom

11. Betere afstemming vervolgzorg en de reguliere ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg
    - Het gesprek over de aanbevelingen aangaande continuïteit van zorg uit het rapport 'Stoornis en Delict' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) zal scherper gevoerd moeten worden.
    - Ketenpartners hebben nog niet alle aanbevelingen geïmplementeerd.
    - Gemeenten zullen vanaf 2015 verantwoordelijk zijn voor 'beschermd wonen' in gevallen waarin er geen sprake meer is van een justitiële titel. Er zal gezorgd moeten worden voor de beschikbaarheid van voldoende plekken en ketenpartners dienen vroegtijdig betrokken te zijn bij de uitstroom na afloop van de justitiële titel.

Opdracht

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2018 (hierna: het convenant) is onder andere door partijen afgesproken om te komen tot de inrichting van een "taskforce behandelduurverkorting tbs":

"Partijen starten een gezamenlijk project met als doel de behandelduur in de tbs te verkorten naar gemiddeld 8 jaar in 2018. Hiervoor is een keten brede aanpak noodzakelijk. Gedacht wordt aan het instellen van een Taskforce Behandelduur tbs, waarvoor naast de ondertekenaars van dit convenant (GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, Ministerie van V&J), ook gemeenten, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten zullen worden uitgenodigd. Deze samenstelling is naar analogie van de noodzakelijke ketenaanpak zoals omschreven in het advies van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg "Stoornis en Delict".

De convenantspartijen GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en het ministerie van Veiligheid en Justitie geven in januari 2014 onderstaande opdracht aan de taskforce.
De taskforce heeft een adviserende, aanjagende en stimulerende rol. Zij legt formeel verantwoording af aan het Bestuurlijk Overleg. Haar adviezen hebben voor convenantpartners, na positief advies in het Bureauoverleg Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg, dan wel convenantsoverleg (in ieder geval eenmaal per kwartaal) en uiteindelijke goedkeuring in het Bestuurlijk Overleg, een bindend karakter. Dit laatste houdt in dat convenantspartners alles binnen hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden zullen doen om de implementatie van deze adviezen in hun achterban te bewerkstellingen.

De maatregelen die de taskforce zal moeten gaan uitwerken hebben onder andere betrekking op het opstellen en implementeren van richtlijnen met betrekking tot het vrijhedenbeleid, evenals richtlijnen met betrekking tot de doorstroming door de keten / de behandeling. Tevens is het stimuleren tot opstellen van forensische prognoses waarmee de doorlooptijden van de behandeling transparanter worden gemaakt voor ketenpartners als ook voor de sector zelf (en haar patiënten) een duidelijke taak van de taskforce. Doelmatigere afwegingen in de behandeling, welke door voldoende capaciteit in de gehele keten mogelijk zijn, zullen namelijk (mede) leiden tot een geleidelijke afname van de behandelduur.

Een belangrijke taak van de taskforce is tevens het betrekken en committeren van ketenpartners (niet-zijnde convenantspartners) die een rol spelen bij de afname van de behandelduur van de tbs. Zoals in het convenant benoemd kunnen forensische zorgaanbieders deze teruggang niet alleen bewerkstelligen. De Taskforce moet gaan dienen als katalysator om al deze partijen te activeren en bewust te maken van hun rol in deze maatschappelijke opdracht en hierop actief en in gezamenlijkheid een eenduidig en concreet pakket van maatregelen op te ontwikkelen. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie zal hierin, in navolging op de afspraken in het convenant, een belangrijke rol vervullen om de randvoorwaarden hiervoor te creëren. Deze randvoorwaarden dienen in een zo vroeg mogelijk stadium helder te worden.

Afbakening opdracht taskforce:

- Betrokken partijen blijven gedurende de looptijd van de taskforce hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden uitoefenen.
- De door de taskforce ontwikkelde maatregelen worden geïmplementeerd door de partijen op wie ze betrekking hebben. Via de bestaande lijnen wordt gestuurd op de voortgang van de implementatie.
- Opdracht van de taskforce heeft betrekking op de gemiddelde behandelduur tot en met transmuraal verlof.
- De taskforce zal niet als scribent van richtlijnen et cetera fungeren maar dit beleggen bij andere, reeds bestaande of specifiek daarvoor samengestelde organen en/ of werkgroepen.

Het ministerie van Veiligheid en Justitie is met het forensische veld van mening dat tbs-gestelden bij gebleken goede behandelresultaten, zouden moeten kunnen doorstromen naar een regime met een lager beveiligingsniveau en een lagere behandelintensiteit. De kwaliteit van zorg dient hierbij

onverminderd hoog te blijven. De voorwaarden voor uitstroom blijven gelijk, immers de rechter bepaalt of het recidiverisico naar een aanvaardbaar niveau is teruggebracht, alvorens overgegaan wordt tot beëindiging van de titel.

In deze rapportage wordt een onderscheid gemaakt tussen doorstroom, dit betreft het traject tijdens de strafrechtelijke titel, en uitstroom, bij beëindiging van de tbs-maatregel. Om een verkorting in de behandelduur te realiseren, zonder kwaliteitsverlies, dient zowel de door -als uitstroom verbeterd te worden. Door een verkorting van de behandelduur, kan meer lager beveiligde klinische zorg en/of ambulante zorg worden ingekocht en kan het aantal bedden in de hoog beveiligde fpc's worden afgebouwd. Dit draagt bij aan de bezuinigingsopdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en de eerder beschreven ambitie van de Directie Forensische Zorg (DForZo) om de beschikbare middelen doelmatig in te zetten.

Doel

Doel van deze Taskforce is het creëren van randvoorwaarden en het stimuleren van de implementatie van uiteenlopende (inhoudelijke) maatregelen bij alle of ten minste zo veel mogelijk betrokken ketenpartijen, waardoor de gemiddelde behandelduur van de TBS teruggebracht kan worden tot gemiddeld 8 jaar (2018). Het uitgangspunt hierbij is dat de kwaliteit van de forensische zorg onverkort hoog zal blijven. Voorgaande wordt door middel van de prestatie-indicatoren en recidivecijfers gemonitord.

Een belangrijke taak van de taskforce is het betrekken en committeren van ketenpartners (niet-zijnde de convenantspartners) die een rol spelen bij de door- en uitstroom van tbs-gestelden. Zoals in het convenant benoemd kunnen forensische zorgaanbieders de verkorting van de behandelduur niet alleen bewerkstelligen. De taskforce dient als katalysator om alle spelers in het forensisch werkveld te activeren en bewust te maken van hun rol in deze maatschappelijke opdracht. Actieve samenwerking zal moeten leiden tot de ontwikkeling van een eenduidig en concreet pakket van maatregelen en een snelle door- en uitstroom in de keten.

De verwachting is dat doelmatigere afwegingen in de behandeling en de doorstroom naar de ggz met uiteindelijke terugkeer in de samenleving fors kunnen bijdragen aan de geleidelijke afname van de behandelduur TBS. Het committeren van andere ketenpartijen bij de doorstroom is van groot belang. Hierbij moet aandacht zijn voor het "veiligheidsdenken". Partijen moeten er van overtuigd zijn dat de verkorting van de behandelduur geen afbreuk doet aan de veiligheid van de maatschappij en daarin hun rol nemen.

Samenstelling en werkwijze

De voorzitter van de taskforce is drs. H.B. (Bas) Eenhoorn. Hij wordt ondersteund door twee secretarissen vanuit 2 convenantspartijen, te weten het ministerie van Veiligheid en Justitie en GGZ Nederland.

De taskforce heeft wat betreft deelnemers een brede maatschappelijke vertegenwoordiging. Hiermee wordt ook het draagvlak voor de aanbevelingen gecreëerd. Veel partijen met uiteenlopende belangen zijn betrokken bij de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel.
In het convenant worden de volgende partijen expliciet genoemd: ondertekenaars van het convenant (GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, ministerie van Veiligheid en Justitie), het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), gemeenten en de Vereniging Nederlandse Gemeenten*.* Daarnaast zijn partijen binnen de strafrechtketen van groot belang om nauw te betrekken bij de taskforce. Om die reden zijn het NIFP, de reclasseringsorganisaties (3RO), het Openbaar Ministerie (OM), de Rechtspraak (ZM) en de advocatuur betrokken.

In bijlage 1 treft u de lijst met de bij de taskforce betrokken vertegenwoordigers en deelnemende organisaties. Voorts zijn ook de patiëntenraad van FPC Dr. S. Van Mesdag en vertegenwoordigers van de landelijke patiëntenraad en de centrale patiëntenraad van FPC de Pompestichting gesproken.

De samenstelling van de Taskforce is niet statisch. Afhankelijk van vigerende inhoudelijke thema's en urgente ontwikkelingen hebben de geëigende partijen deelgenomen. Er kan in dit kader gesproken worden van een brede *buitenkring* met daarin alle hierboven genoemde stakeholders (vertegenwoordigd middels sleutelfiguren) en een wisselende *binnenkring* welke vaker bij elkaar komt en een actievere rol in de totstandkoming van de aanbevelingen heeft. De buitenkring komt minder vaak bijeen, maar wordt periodiek op de hoogte gehouden van lopende ontwikkelingen. Zij volgen de ontwikkelingen actief en denken blijvend kritisch mee.

De voorzitter van de taskforce en de twee secretarissen hebben met elk van de leden een gesprek gevoerd. Hierin is ten minste de opdracht van de taskforce en het belang van de behandelduurreductie naar voren gekomen. Voorts is gesproken over de positie van de betreffende stakeholder, namens zijn/haar organisatie, en diens zienswijze op het proces en de eventuele knelpunten van de tenuitvoerlegging van de ter beschikkingstelling daarbij. Ook is elke stakeholder gevraagd mee te denken over haalbare maatregelen en aanbevelingen die een bijdrage kunnen leveren aan de verkorting van de behandelduur.

De opbrengst van deze eerste ronde bij de stakeholders is besproken in de binnenkring. Dit heeft geleid tot een aantal aandachtspunten en voorstellen, waaronder intercollegiale toetsing en de implicaties van de maatregel 1 jaar geen verlof, die nader uitgewerkt dienden te worden. Indien nodig is nogmaals contact gezocht met de betreffende stakeholder. Voorts zijn de resultaten van de eerste binnenkring bijeenkomst aan de staatsecretaris van Veiligheid en Justitie voorgelegd. De verdere uitwerking van deze resultaten heeft geleid tot de aanbevelingen in deze rapportage.

Ter beschikking stelling

Tbs met dwangverpleging wordt opgelegd als maatregel aan veroordeelden die niet of verminderd toerekeningsvatbaar worden verklaard. Hiervoor dient vastgesteld te zijn dat er sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of een stoornis in de ontwikkeling van het geestesvermogen ten tijde van het delict. Het belangrijkste doel van de tbs is het beschermen van de maatschappij op de kortere en langere termijn middels het insluiten als ook behandelen van de persoon die een ernstig delict heeft gepleegd en geheel of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar is verklaard. Beveiliging op de korte termijn vindt plaats door het verblijf van de tbs-gestelde in een gesloten en hoog beveiligde inrichting, een forensische psychiatrisch centrum (fpc) of een forensisch psychiatrische kliniek (fpk, lees in het vervolg waar fpc staat ook fpk). Op de langere termijn wordt door middel van behandeling gewerkt aan het verminderen van de kans op van recidive. Elke tbs-gestelde krijgt een behandeling op maat aangeboden. Deze behandeling is er op gericht de tbs-gestelde op verantwoorde wijze terug te laten keren in de samenleving. Hierbij staan begeleiding en risicomanagement centraal, zodat de tbs-gestelde bij terugkeer geen gevaar vormt voor de samenleving en zichzelf.

De maatschappij stelt hoge eisen aan de behandeling van tbs-gestelden, daar incidenten vaak heftige reacties oproepen. De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie monitort de behandelresultaten die de fpc's boeken middels prestatie-indicatoren. Deze zien op de effectiviteit van de behandeling aan de hand van een tweetal aspecten, namelijk de doorlooptijd van de behandeling (behandelduur) en de maatschappelijke veiligheid, uitgedrukt in recidive en risico. De taskforce kijkt belangstellend naar deze door de sector ontwikkelde instrumenten en is van mening dat de sector hiermee transparantie over de kwaliteit van de behandeling blijvend waarborgt.

Het percentage ernstige recidive[4] van ex-tbs-gestelden binnen twee jaar na beëindiging van de maatregel is 17 procent, voor recidive in tbs-waardige delicten is dit volgens de meest recente cijfers zelfs 4,4 procent[5] (Bregman & Wartna, 2011). De algemene recidive na tbs-behandeling is 23 procent. Voorgaande cijfers impliceren fors minder recidives bij tbs-gestelden wanneer deze vergeleken worden met het algemene recidivepercentage bij ex-gedetineerden, die vaak zonder behandeling terugkeren in de maatschappij, van 47,7 procent (Wartna et al., 2012).

De afgelopen jaren laten minder opleggingen zien (Van Gemmert & Van Schijndel, 2014). Dit leidt tot een marginalisering van de tbs, waarbij toevlucht wordt gezocht tot andere maatregelen die onvoldoende voldoen aan de maatschappelijke opdracht tot voorkoming van recidive. Veroordeelden die in de tbs thuis zouden horen, komen nu in de forensische ggz terecht. Er zou een kritische toets plaats moeten vinden, daar ook mensen die in de ggz thuis horen in een tbs omgeving belanden. Het streven is de juiste mens op de juiste plek te plaatsen.

De recidive cijfers van de forensische ggz zijn hoger dan die in de tbs-sector, dus er is geen sprake van een optimaal resultaat. Patiënten met een strafrechtelijke plaatsing lijken relatief vaak en snel na ontslag te recidiveren met ernstige delicten (Peek & Nugter, 2009). Van de patiënten met een strafrechtelijke machtiging recidiveerde 43,5 procent na ontslag en bij patiënten met een tbs was dat 23,1 procent (Nowak & Nugter, 2014). Het maatschappelijk belang en het maatschappelijk nut van de tbs maatregel zijn dus aanzienlijk. Er dient voor gewaakt te worden dat de tbs, ondanks de beweging van de behandelduurreductie, gemarginaliseerd wordt.

Het uitblijven van recidive na de tbs-maatregel wordt gezien als centrale maat voor kwaliteit en veiligheid en is gebaseerd op bovenstaande doelstelling van de maatregel. Chakhssi & Verwaaijen (2012) stellen vast dat de recidivecijfers van ex-ter beschikking gestelden voor ernstige delicten waarvoor –in combinatie met ontoerekeningsvatbaarheid– tbs kan worden opgelegd in Nederland

[4] Het percentage ex-terbeschikkinggestelden dat binnen twee jaar na beëindiging van de maatregel opnieuw werd vervolgd voor een delict met een maximale strafdreiging van 4 jaar of meer (de zgn. 'ernstige' recidive) is in de laatste 25 jaar gedaald van 36,4% naar 17,0%

[5] De 2-jarige 'tbs-waardige' recidive, die bestaat uit misdrijven die kunnen leiden tot een nieuwe maatregel, nam in dezelfde periode af van 12,9% naar 4,4%.

relatief gunstig afsteken in vergelijking met recidivecijfers in het buitenland na behandeling in een forensische instelling. Zij leggen het percentage ex-tbs-gestelden dat binnen vijf jaar na beëindiging van de maatregel een 'tbs-waardig' delict pleegt, te weten 8 procent, naast vergelijkbare internationale bevindingen van 14 tot 22 procent. Uit een vergelijkend onderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoeks-en Documentatie Centrum (WODC) blijkt dat in Duitsland ook geworsteld wordt met een oplopende duur van de behandeling en capaciteitsproblemen (De Kogel et al., 2006).

Behandelduur

De behandelduur binnen de tbs-maatregel wordt gedefinieerd als het totale verblijf, beginnend bij de eerste dag van opname in het eerste fpc tot de dag waarop het intra/transmurale verblijf van de tbs- gestelde eindigt. In deze operationalisatie van de behandelduur telt de passantentijd niet mee, evenals de periode(n) van proefverlof en de periode van voorwaardelijke beëindiging.

Er zijn drie methoden om de behandelduur van het intra- en transmurale verblijf te bepalen:
- de duur op een peilmoment: deze methode heeft betrekking op alle tbs-gestelden aanwezig onder de verantwoordelijkheid van de fpc's op het peilmoment. Dit kunnen op het peilmoment dus ook tbs-gestelden zijn die net gestart zijn met de behandeling.
- de duur per uitstroomcohort: dit betreft de gemiddelde verblijfsduur van alle tbs-gestelden die in een bepaald jaar uitgestroomd zijn. Zolang een tbs-gestelde niet uitstroomt telt zijn behandelduur niet mee in deze methode.
- de duur per instroomcohort: wanneer precies de helft van alle tbs-gestelden die ingestroomd zijn in een bepaald jaar zijn uitgestroomd, wordt dat opgevat als de gemiddelde behandelduur van alle patiënten die ingestroomd zijn in dat bepaalde jaar.

De laatste methode verdient de voorkeur. Deze methode is niet gevoelig voor capaciteitsuitbreidingen in het verleden en geeft de meest betrouwbare indicatie van de tbs-behandelduur weer. Deze methode heeft echter als nadeel dat het geen betrouwbare informatie kan verschaffen over recente jaren, aangezien van recente instroomcohorten nog niet voldoende tbs-gestelden hun behandeling hebben afgerond. Namelijk, pas als de helft van de tbs-gestelden uit een bepaald instroomjaar uitgestroomd is, kan de gemiddelde behandelduur vastgesteld worden. Zoals uit onderstaande tabel af te lezen valt, is de gemiddelde behandelduur van tbs-gestelden ingestroomd in de tbs-behandeling in 2004 negen jaar, van deze groep tbs-gestelden was in 2013 precies de helft uitgestroomd en kon de behandelduur bepaald worden. Zoals ook uit de tabel valt af te lezen, neemt de gemiddelde behandelduur af. Tbs-gestelden gestart met behandeling in 1999 hadden gemiddeld een behandelduur van 10.2 jaar, tbs-gestelden vijf jaar later gestart met behandeling gemiddeld negen jaar.

Tabel 1 Verblijfsduur intra/transmuraal volgens instroomcohorten bij de start van de taskforce

Jaar start populatie	Mediaan in jaren (excl. verblijf passant)
1990	7,3
1995	9,7
1999	10,2
2000	9,4
2001	9,6
2002	9,3
2003	8,6
2004	9,0
2005	8,4

(Van Gemmert & Van Schijndel, 2014)

De Dienst Justitiële inrichtingen berekent jaarlijks de behandelduur gebaseerd op het instroomcohort. De behandelduur op deze wijze berekend, dient ook als uitgangspunt voor de taskforce. Het doel van de taskforce is het terugbrengen van de behandelduur naar 8 jaar in 2018. Dit betekent dat van de tbs-gestelden die gestart zijn met de tbs-behandeling in 2010 tenminste de helft uitgestroomd moet zijn, en dus een gemiddelde behandelduur moet hebben van acht jaar, in 2018. Echter, een aanzienlijk deel van de aanbevelingen van de taskforce zien toe op de start van de tbs-behandeling. Voor de tbs-gestelden gestart met behandeling in 2010 ligt deze periode al achter de rug. Verwacht kan worden dat de aanbevelingen van de taskforce in de toekomst nog kunnen resulteren in een verdere reductie van de behandelduur. De taskforce adviseert de convenantspartijen om deskundigen uit de praktijk op regelmatige basis op dit thema te bevragen.

Context

Opgelopen behandelduur

De gemiddelde behandelduur van een tbs-gestelde is in de loop der jaren geleidelijk opgelopen. Het WODC heeft in 2011 onderzoek gedaan naar de onderliggende oorzaken hiervan in de periode 1990-2010 (Nagtegaal et al., 2011).

Nagtegaal et al. (2011) veronderstellen dat twee zaken een belangrijke rol hebben gespeeld in relatie tot de oplopende behandelduur in deze periode, namelijk de veranderde verlofpraktijk (zoals het instellen van het Adviescollege Verloftoetsing Tbs, uitbreiding verlofformat om te komen tot een verlofaanvraag) en de toegenomen aandacht voor risicotaxatie en risicomanagement.

De bevindingen van Nagtegaal et al. komen overeen met de conclusies die de Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) in haar advies trekt met betrekking tot de toegenomen behandelduur. De RSJ (2011) stelt dat onder andere de aanscherping van het verlofbeleid en het uitstellen van het starten van het verlof, de vertraging in start en uitvoering van de behandeling en de groei van het aantal tbs-gestelden op de longstay afdelingen een negatief effect gehad hebben op de totale tbs behandelduur.
Voorts wijst de RSJ (2011) de publieke opinie en negatieve beeldvorming als indirecte factor aan voor het oplopen van de behandelduur. Zij beveelt, naast enkele aanbevelingen op eerder genoemde punten, de start van een stevige en aanhoudende publiciteitscampagne aan, om de maatschappij uitgebreid voor te lichten over de inhoud en achtergrond van het tbs-stelsel en de daarin gevolgde werkwijzen. Daarbij zou ook uitgebreid inzicht in de vele verlofbewegingen die zonder incidenten verlopen alsmede in de gunstige recidivecijfers moeten worden gegeven (RSJ, 2011, p. 24).

Huidige trends

Vertrouwen in de maatregel
De tbs-sector, bij monde van de gesproken stakeholders, is het er over eens; er is sprake van een gebrek aan vertrouwen in de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. De lange behandelduur wordt aangewezen als een van de (belangrijkste) oorzaken hiervan. Het gebrek aan vertrouwen in de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel draagt volgens de stakeholders bij aan het verminderd aantal opleggingen van deze maatregel. De goede resultaten van de behandeling, zoals een recidive percentage voor ernstige delicten van 17 procent binnen twee jaar na beëindiging van de maatregel, lijken hier –vooralsnog– niet tegen opgewassen.

Van Dijk onderzocht in 2011 de oorzaken voor de (destijds al waargenomen) daling in tbs-opleggingen. Zij heeft gekeken naar het aantal opleggingen van de tbs in 2008 en 2009 en concludeerde dat de daling lijkt voort te komen uit een gecombineerd effect van:

- Het afnemende aantal delicten met een bovengemiddelde kans op tbs.
- Het toenemende aantal verdachten dat niet meewerkt aan (multidisciplinaire) Pro Justitia-onderzoeken, al dan niet op advies van de advocaat.
- Het minder vaak adviseren van tbs in Pro Justitia-rapportages.
- Het mogelijk vaker kiezen voor de bopz[6]-maatregel in plaats van een tbs-maatregel.

Bij de keuze voor alternatieve maatregelen vragen de deskundigen, gesproken in het kader van de taskforce, zich af of de juiste patiënt nog wel op de juiste plaats terecht komt. Indien een veroordeelde in een te licht beveiligingsregime en/of zorgintensiteit geplaatst wordt, bestaat volgens hen een hogere kans op het vertonen van nieuw delict gedrag. Daarbij loopt men tegen allerlei uitvoeringsproblemen aan. Een voorbeeld hiervan is de hogere druk op de capaciteit voor overige forensische zorg. Een groep patiënten met een hogere beveiligingsbehoefte en zwaardere zorgvraag dan waar deze forensische zorginstellingen op toegerust zijn komt hier voor langere periode terecht, in plaats van in de fpc's die hier wel op toegerust zijn. Een neveneffect hiervan is dat tbs-gestelden die zouden kunnen doorstromen na hun tbs-behandeling niet op deze plekken

[6] BOPZ (Wet) bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

terecht kunnen. Dit belemmert mogelijk de doorstroom van tbs-gestelden naar vervolgvoorzieningen gericht op toenemende zelfstandigheid en terugkeer in de maatschappij.

Tbs-gestelden met een verstandelijke beperking
Een andere trend in de tbs is de toename van instroom van mensen met een verstandelijke beperking[7]. In 2008 bleek bij 16 procent van de nieuw ingestroomde tbs-gestelden sprake te zijn van een verstandelijke beperking. In 2012 was de instroom van tbs-gestelden met een verstandelijke beperking toegenomen tot 25 procent van de populatie (Van Gemmert & Van Schijndel, 2013). Voor tbs-gestelden met een verstandelijke beperking heeft de Directie Forensische Zorg een toenemend aantal plekken ingekocht. Gebleken is dat de behandelduur voor deze groep gemiddeld langer is dan behandelduur van tbs-gestelden met een IQ boven de 80. Bovenstaande bevinding sluit aan bij de opbouw van andere justitiële populaties. Het gevangeniswezen heeft te maken met een groep van naar schatting 35 procent met een verstandelijke beperking. Navraag bij de sector Justitiële Jeugdinstellingen van DJI leert dat bij de populatie vallend in de PIJ-maatregel[8] sprake is van een aandeel van jongeren met een verstandelijke beperking van naar schatting 50 tot 60 procent van de gehele populatie.

Manifest van Lunteren
Het tbs veld heeft op 8 november 2013 te Lunteren met diverse ketenpartners afspraken gemaakt. Deze afspraken zien (deels) op het versnellen van de behandeling. Deze afspraken, gebundeld in het *Manifest van Lunteren*, dienen binnen de bestaande kaders uitgevoerd te worden. De afspraken zien op de drie thema's verlengingszitting, behandelduur en longstay. Zo is geinvesteerd in het versnellen van het verloftraject, het betrekken van de advocaat in geval van een dreigende impasse in de behandeling en het bevorderen van de uitstroom uit de longstay. De taskforce houdt de voortgang nauwkeurig bij en borduurt voort op de beweging die dit te weeg brengt. Daarnaast schept de taskforce de mogelijkheid om bestaande procedures ter discussie te stellen. Op 21 november 2014 is een nieuwe werkconferentie geweest. De taskforce constateert dat er op alle afspraken in het *Manifest van Lunteren* goede resultaten zijn geleverd.

Veiligheidsdenken?
Er is een trend ontstaan waarbij de politiek de burgers af lijkt te willen schermen van onwenselijke ontwikkelingen. In het huidige politieke klimaat wordt gereageerd op incidenten, die gezien worden als onaanvaardbare verstoring van orde en veiligheid in de samenleving, en gevraagd om maatregelen. Iets dergelijks geldt voor incidenten van tbs-gestelden. Echter, zoals de commissie Visser in haar parlementair onderzoek opmerkte, leidt aanscherping van maatregelen na een enkel voorval in veel gevallen niet tot het gewenste resultaat, maar eerder tot een verkramping van het systeem. De taskforce acht het van belang dat de politiek zich bewust is van de eigen rol bij de maatschappelijke acceptatie van het tbs-stelsel en het belang van verkorting van de behandelduur onderkent.
Alhoewel begrijpelijk is dat de maatschappij inzoomt op de risico's die terugkeer van tbs-gestelden met zich meebrengt, is de noodzaak van de tbs-maatregel helder. De resultaten van de tbs-behandeling laten zien dat tbs een waardevol systeem is, dat kwalitatief hoogwaardige behandeling en beveiliging biedt voor veroordeelden die niet of verminderd toerekeningsvatbaar worden verklaard, en daarmee bijdraagt aan de veiligheid van de samenleving.

Het tbs-veld ervaart de aanwezigheid van een zekere politiek geladen reflex na incidenten. Hierin ligt ook een aandeel bij de media, die incidenten binnen de tbs aangrijpt om in te spelen op het veiligheidsgevoel van de maatschappij. Daarbij speelt nog dat de bewindspersoon direct op zijn verantwoordelijkheid voor de individuele tbs-gestelde kan worden aangesproken, waardoor de noodzaak wordt gevoeld om vaak snel te handelen. In het veld heerst angst voor generieke maatregelen.

[7] Registratie van een verstandelijke beperking vindt plaats bij een IQ onder de 80.
[8] PIJ: Plaatsing in een justitiële jeugdinrichting, in de volksmond jeugd-tbs genoemd.

Bevindingen

De taskforce is bij haar werkwijze uitgegaan van de ketengedachte, waarbij men niet alleen aan de eigen plaats en te behalen resultaten in de keten denkt, maar ook aan de vervolgstappen en ketensamenwerking. In bijlage 2 is de gehele keten rondom (ex-)tbs gesteleden in beeld gebracht.

Op basis van dit schema is de keten onder te verdelen in fasen in het totale traject van de tbs-gestelde. Aan de hand van deze fasen zullen de bevindingen besproken worden en zullen de aanbevelingen gedaan worden. De taskforce onderscheid de volgende fasen:

- Instroom
- Behandeling
- Doorstroom
- Uitstoom

Allereerst merkt de taskforce op dat aan de naam van de maatregel een slecht imago kleeft. Terbeschikkingstelling of tbs roept negatieve reacties op in de maatschappij, terwijl de resultaten deze niet oproepen. Het systeem is, gelet op de recidivecijfers, wel degelijk effectief en waardevol.

Instroom

De instroom van tbs-gestelden start eigenlijk ter zitting. Bij de oplegging van de maatregel worden de vooruitzichten voor de behandeling vastgelegd. Dit vraagt de nodige deskundigheid, maar ook een vooruitziende blik. De rechter legt in zijn beslissing, geadviseerd door rapporteurs Pro-Justitia, de maatregel op. Hij moet daarbij heil zien in een behandeling van de stoornis in een tbs kader ter vermindering van het gevaar.

Zowel de rechtelijke macht als de advocatuur, bij monde van de vertegenwoordigers gesproken in het kader van taskforce, geven aan dat de tbs-maatregel wordt gezien als een 'zwart gat'. De duur is onduidelijk en daarmee is de twijfel over proportionaliteit en de invulling van de maatregel ten opzichte van het gepleegde delict geboren. Tbs met bevel tot verpleging is de zwaarste behandelmaatregel die een rechter kan opleggen. In hun adviezen aan de rechter hanteren de rapporteurs Pro Justitia het begrip stepped care (getrapte zorg), hetgeen is overgenomen uit de reguliere ggz. Zorg wordt in principe zo licht als mogelijk en zo intensief als nodig ingezet. Daarbij dient wel voorop te staan dat de juiste patiënt op de juiste plek terecht komt. Er zijn bijvoorbeeld gevallen bekend waar de voorwaarden zeer sterk lijken op die van een tbs met dwangverpleging, maar worden opgelegd in het kader van tbs met voorwaarden. Dit wordt door de fpc's en fpk's gezien als een belemmering in de behandeling.

Het openbaar ministerie, de rechtspraak en de advocatuur geven aan te hechten aan een behandelduur die in verhouding staat tot datgene dat ter zitting strafbaar bevonden is en wat mogelijkerwijs verwacht kan worden op basis van de stoornis en het gepleegde delict.

Voorts wordt gesignaleerd dat de lengte van de straffen voorafgaand aan de maatregel is toegenomen. Een lange detentie heeft volgens gedragsdeskundigen een averechts effect op de behandelresponsiviteit van de tbs-gestelde. Hospitalisatie[9] vormt hierbij een reëel risico voor de resocialisatie, aldus behandelaren. Verblijf in een penitentiaire inrichting wordt in de regel niet benut ter voorbereiding op de tbs-behandeling.

[9] het optreden van veranderingen in het gedrag ten gevolge van een opname en een langdurig verblijf in een instelling.

Behandeling

De taskforce ziet het beeld dat Nagtegaal et al. (2011) schetsen bevestigd ten aanzien van de overplaatsingen. Zodra een tbs-gestelde wordt overgeplaatst, gaat het nieuwe fpc enkele stappen terug in de behandeling door bijvoorbeeld het starten van een nieuw diagnostiek traject of de herhaling van therapieaanbod. Het opnieuw vergaren van beschikbare informatie geldt ook in geval van de eerste plaatsing, terwijl hier toch een uitgebreide pro justitia rapportage aan ten grondslag ligt. Een fpc start bij elke opname volgens het zelfde stramien, wat in veel gevallen tijdsverlies oplevert. Fpc's geven hierop aan dat het van belang is bij elke opname te bekijken wat er aan de hand is en bij overplaatsingen ook goed te bezien waarom de eerdere behandelpoging niet tot het gewenste resultaat heeft geleidt.

In de afgelopen jaren heeft de hertoetsing door de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) geleid tot een terugloop van het aantal patiënten dat op de longstayafdelingen is geplaatst. Voor hen zijn resocialisatiemogelijkheden gezien. Dit resulteert vaak in een terugplaatsing naar een behandelafdeling in het FPC of een doorplaatsing naar de ggz. Dit laatste gaat echter stroef, daar men hinder ondervindt van het label 'longstay'. Voorts blijkt de overgang tussen de longstayafdelingen en behandelafdelingen in het fpc of de ggz dusdanig groot dat er behoefte is aan een tussenstap of een voorziening die voorziet in het uitstroomtempo van patiënten die enige tijd op de longstay hebben verbleven.

Ook wordt naar voren gebracht dat, indien er sprake is van een stroef verlopende behandeling of zelfs een (dreigende) behandelimpasse, het fpc te lang zelf blijft proberen de behandeling vlot te trekken. In dergelijke gevallen wordt pas in een laat stadium gedacht aan het consulteren van een collega fpc. Best practices op het gebied van intercollegiale toetsing en het vragen van een second opinion worden nog te weinig gedeeld.

Voorts geven de fpc's aan 'verkrampt' te zijn ten aanzien van het nemen van risico's. Fpc's stellen zich doorgaans uiterst risicomijdend op. Binnen het tbs veld heerst nog steeds de angst voor generieke maatregelen die worden genomen in reactie op incidenten, al dan niet onder druk van de politiek of de publieke opinie. Na een incident weet niemand wat er staat te gebeuren, dus houdt men rekening met het ergste.

Een aantal maatregelen die de afgelopen jaren zijn ingevoerd, roepen weerstand op in de sector. In de vele gesprekken die de voorzitter van de taskforce gevoerd heeft, is dit een terugkerend thema geweest. Een voorbeeld hiervan is de maatregel *1 jaar geen verlof* na ongeoorloofde afwezigheid of het plegen van een strafbaar feit. Dit zou een behoorlijke invloed hebben op de duur van de behandeling van een individuele tbs-gestelde, aldus experts uit diverse hoeken van het veld.

Doorstroom

Uitstroom vanuit het fpc kan op diverse manieren vorm gegeven worden. In veruit de meeste gevallen is de start van de doorstroom onder directe begeleiding van het fpc. De tbs-gestelde wordt met transmuraal verlof elders ondergebracht. Dit kan een zelfstandige woning zijn, een begeleide woonvorm (RIBW) of in de forensische ggz op een forensisch psychiatrische afdeling (FPA). Uit de gesprekken blijkt dat de aansluiting op de vervolgstappen in transmuraal verlof niet altijd even soepel verloopt. Betrokkenheid van vervolgvoorzieningen en reclassering gaat niet zoals beschreven in het beleidskader voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT)[10]. De geleidelijke overgang die geregeld en gefinancierd wordt in het kader van het FPT wordt onvoldoende toegepast. De reclassering geeft hierbij aan zich onvoldoende voorbereid geconfronteerd te voelen met bepaalde tbs-gestelden en niet de kans te hebben gekregen mee te denken in het doorstroomtraject. Door dit gebrek aan aansluiting wordt een aantal plekken op de

[10] Er is onlangs een tussentijdse evaluatie van het FPT gestart. Deze wordt uitgevoerd door de reclassering in opdracht van het ministerie van Veiligheid en Justitie en in samenwerking met DJI en GGZ Nederland. Bevindingen die hieruit voorkomen konden niet worden opgenomen in deze rapportage.

resocialisatieafdelingen van de fpc's onnodig lang bezet, wat vertraging in de behandeling en doorstroomproblemen in het fpc kan opleveren. Opgemerkt moet worden dat het FPT op dit moment geëvalueerd worden. Naar verwachting zullen knelpunten die genoemd zijn in het kader van de taskforce in dit onderzoek gesignaleerd kunnen worden.

Na de fase van transmuraal verlof volgt –idealiter- het proefverlof en vervolgens de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging, waarbij de tbs maatregel nog doorloopt maar de dwangverpleging is beëindigd. In deze fase speelt de Reclassering een grote rol in de begeleiding van de tbs-gestelde en schuift het fpc steeds meer naar de achtergrond. De reclassering, bij monde van de vertegenwoordiger gesproken in het kader van de taskforce, geeft aan dat zij ervaart in een laat stadium bij de voorbereiding van deze stappen betrokken te worden. De samenwerking tussen reclassering en fpc is niet optimaal, waardoor belemmeringen in de uitstroom ontstaan. Onlangs zijn er wel verbeterde afspraken gemaakt over time-out plaatsing in het kader van forensisch psychiatrisch toezicht, waarbij de reclassering en het fpc in geval van crisis of incidenten een samenwerking aangaan.

De nieuwe wetgevingstrajecten (WMO, AWBZ) leveren volgens de stakeholders mogelijk belemmeringen op voor de uitstroom van tbs patiënten, daar de inkoop verantwoordelijkheden en de indicatiestelling wijzigen. De terugkeer naar de maatschappij is in sterke mate afhankelijk van de ingekochte plekken voor langdurig beschermd wonen door gemeenten en de financiering van vervolgzorg door de zorgverzekeraar. Dit traject loopt nog onvoldoende, waardoor tbs-patiënten onnodig lang op dure (behandel)plekken verblijven. Gemeenten hebben nog onvoldoende in beeld welke inkooptaken zij onder de nieuwe wetgeving dienen te vervullen.

Uitstroom

De aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere ggz loopt niet geleidelijk genoeg en zal moeten worden verbeterd. Ketenpartners hebben niet altijd hun positie in deze keten scherp. Een verbetering van de aansluiting van en de samenwerking tussen de sector via het ministerie van Veiligheid en Justitie, met het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland en de gemeenten is een voorwaarde voor het werken van de keten. Niet alle eerder gedane aanbevelingen uit het uit het rapport 'Stoornis en Delict' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) zijn goed tot uitvoering gebracht. Het gesprek over de continuïteit van zorg wordt vooralsnog met onvoldoende inzet van alle betrokkenen gevoerd volgens de gesproken stakeholders. Bewustwording en gedeelde verantwoordelijkheid zijn volgens hen bij alle betrokken ketenpartners van cruciaal belang om deze continuïteit van zorg effectief en efficiënt vorm te geven.

Aanbevelingen

Naar aanleiding van voorgaande bevindingen en de gesprekken die de taskforce heeft gevoerd met de relevante stakeholders in de gehele keten van de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel en de uitstroom worden onderstaande aanbevelingen gedaan. Een combinatie van de toepassing en doorwerking van de aanbevelingen zal, naar verwachting van de taskforce, een gunstige invloed hebben op de behandelduur en de wijze waarop de professionals in de sector hun werk doen. Voorts is van belang op te merken dat de aandacht die de taskforce genereert door haar rondgang in het tbs-veld en aanpalende velden al geresulteerd heeft in een toenemende bewustwording van het belang van behandelduur reductie. De taskforce heeft over het algemeen genomen bereidwillige gesprekspartners getroffen. Dit geeft vertrouwen voor de uitwerking van de aanbevelingen.

De aanbevelingen zijn, evenals de bevindingen, geordend per fase in de keten.

Gestart wordt met een algemene aanbeveling. Het begrip tbs roept maatschappelijk veel negatieve reacties op. Het is van belang dat zowel in de keten als in de maatschappij een realistisch beeld van (de effectiviteit van) de sector ontstaat. Communicatie zou offensief moeten zijn in plaats van, zoals nu vaak het geval is, alleen reactief.
Incidenten in de tbs worden uitvergroot, waar dit in andere sectoren niet of minder het geval is. Het verdient de aanbeveling de communicatie over de tbs op professionele wijze vorm te geven en te investeren in juiste framing van de resultaten die de tbs-behandeling oplevert en (daarmee) een positiever beeld neer te zetten van de tbs.

Instroom

1. Prognoses door de Pro-Justitia rapporteurs van het NIFP

Alvorens de maatregel opgelegd wordt, vindt een uitgebreid onderzoek plaats naar de mate van toerekeningsvatbaarheid van de tbs-gestelde en de kans op recidive. De bevindingen van de rapporteurs, een forensisch psychiater en een gz-psycholoog, worden ter zitting besproken. De rechter beslist, met inachtneming van de bewijsmiddelen die tot hem zijn gekomen.
Op basis van hun deskundigheid en ervaring zouden deze rapporteurs ook een afgewogen prognose kunnen geven ten aanzien van de duur van de behandeling van de stoornis. De taskforce heeft het NIFP[11] gevraagd om in samenwerking met enkele fpc’s een werkwijze hiervoor te ontwikkelen. Deze werkwijze zal ook van toepassing zijn op de manier waarop de fpc’s hun prognoses ten aanzien van de verwachte behandelduur na opname formuleren. Hiermee zijn de fpc’s in het afgelopen jaar al gestart, in het kader van het Manifest van Lunteren. Bij de uitwerking van de werkwijze dient aandacht te zijn voor de wijze van formulering van een prognose. Er kunnen bijvoorbeeld geen rechten aan ontleend worden. Ook dienen logischerwijs patiëntkenmerken meegewogen te worden, zoals de aanwezigheid van een verstandelijke beperking.

De verwachte duur van de tbs behandeling dient vervolgens richtinggevend te zijn voor de kliniek die de persoon moet gaan behandelen. Echter er dient wel sprake te zijn van een clausule in deze weging, waaruit blijkt dat onvoorziene omstandigheden, de inzet van de tbs-gestelde of behandelinhoudelijke argumenten kunnen leiden tot aanpassing van de prognose. De verwachte behandelduur is geen statisch gegeven, en er kunnen dan ook geen rechten aan ontleend worden. De verwachte behandelduur dient op de eerstvolgende verlengingszitting aan de orde te komen. Daar zal ook blijken of de inzet van de tbs-gestelde voldoende is om de prognoses die benoemd zijn bij oplegging waar te kunnen maken.

[11] Dit loopt via via het Kwaliteitsprogramma Forensische Zorg (KFZ)

2. Verwachting ten aanzien van de duur van de maatregel bij oplegging

Voortbordurend op de eerste aanbeveling, kan de rechter zich bij oplegging van de maatregel uitspreken over de gewenste duur van de tbs maatregel in relatie tot de hetgeen strafbaar bevonden, daarbij rekenschap gevend van de prognose van het NIFP en de duur van de opgelegde gevangenisstraf.

Het benoemen van de gewenste behandelduur vergoot niet alleen het perspectief voor de tbs-gestelde; het fpc kan in haar behandeltraject en de planning hiervan rekening houden met de gewenste periode. Ketenpartners, zoals de reclassering kunnen tijdig geïnformeerd worden en vervolgzorg kan in stelling worden gebracht. De advocatuur heeft aangegeven dat, indien rechters zich op deze wijze gaan uitspreken, van hen verwacht mag worden dat zij hun cliënten minder zullen adviseren niet mee te werken aan het onderzoek door de rapporteurs Pro-Justitia.
Ook slachtoffers hebben vooraf een perspectief ten aanzien van de periode waarin de tbs-gestelde verpleegd zal worden. Kortom, de verwachtingen ten aanzien van de maatregel worden bij alle partijen gelijk getrokken.

Bovenstaande onderscheidt zich van de gemaximeerde tbs, daar het hier gaat om een prognose / wenselijkheid, waar op inhoudelijke gronden van afgeweken kan worden. De verlengingsrechter bepaalt uiteindelijk.

3. Voorkomen detentieschade en voorbereiding op de behandeling

De lengte van de gevangenisstraffen voorafgaand aan de maatregel is in de loop der jaren aanzienlijk opgelopen. In 2009 kreeg zeven procent van de tbs-gestelden een gevangenisstraf tussen de drie en zes jaar en acht procent een straf van langer dan zes jaar. In de meest recente beschikbare cijfers (over 2013) is dit opgelopen tot 17 procent van de tbs-gestelden met een strafdeel van drie tot zes jaar en 11 procent met een strafdeel langer dan zes jaar (Van Gemmert & Van Schijndel, 2014). Zoals eerder gezegd zal uitstel van behandeling geen positief effect hebben op het psychiatrisch ziektebeeld en de behandelbaarheid van de tbs-gestelde.

Detentieschade zou volgens de taskforce op verschillende manieren kunnen worden verminderd en/of voorkomen, namelijk:

- Bij nieuw op te leggen tbs-maatregelen terughoudend zijn met het daarnaast opleggen van een lange gevangenisstraf in geval van een combinatievonnis. De discussie zal gevoerd moeten worden welke duur van gevangenisstraf zich niet meer verhoudt met het opleggen van de behandelmaatregel. Hierbij is het van belang te realiseren dat een lange straf de behandelduur naar verwachting zal opdrijven.
- De rechterlijke macht kan in een combinatievonnis adviseren snellere behandeling op te leggen als dat in de specifieke omstandigheden de beste weg is. A ls de inschatting is dat het gevaar op detentieschade aanzienlijk is en er geen sprake is van maatschappelijke contra-indicaties, kan de rechter, geadviseerd door de rapporteur van het NIFP, adviseren dat de persoon na een derde van zijn straf geplaatst wordt. Deze aanbeveling is alleen bruikbaar bij een gevangenisstraf van maximaal zes jaar, aangezien verlof pas toegestaan is na twee derde van het strafdeel.
- Door tbs-gestelden tijdens detentie, bijvoorbeeld in een PPC in samenwerking met een fpc, beter voor te bereiden op en te motiveren voor de behandeling in het fpc[12].

[12] Volledigheidshalve wijst de taskforce op eerdere ervaringen met preklinische interventie en preklinische behandeling[12] in detentie (Nagtegaal et al. 2011). Deze werden ingezet in het kader van het capaciteitstekort waar de sector toen mee kampte. De pilots zijn in 2008 geëvalueerd door het EFP. De onderzoekers concludeerden dat beide preklinische trajecten 'nuttig waren, maar met voorwaarden' (EFP, 2008, p. 21).
Men is destijds niet verder gegaan met de ontwikkeling van deze trajecten daar de kosten gelijk werden aan de kosten van een tbs-behandeling. Vormgeving van deze trajecten zal dus op efficiëntere wijze plaats moeten vinden.

Behandeling

4. Vaart in het begin van de behandeling

Zowel vanuit de patiënten, bij monde van de patiëntenraden, als vanuit de fpc's en DJI wordt aangeven dat de meeste voortgang in de behandeling behaald wordt in de eerste jaren van het behandelcontact. Dit blijkt ook te gelden voor het verlof. De prestatie-indicatoren die de Directie Forensische Zorg gebruikt om de kwaliteit van zorg van de fpc's te meten laten zien dat een vertraging in de aanloop naar begeleid verlof niet meer ingehaald wordt in de latere verlofmodaliteiten onbegeleid of transmuraal verlof. De taskforce onderschrijft het belang van een goede start om te komen tot een versnelling van de behandelduur.

Deze aanbeveling is geënt op de aanname dat als men in het begin van de behandeling vaart verliest, de tbs-gestelde zijn motivatie verliest en steeds minder vatbaar wordt voor de behandelinspanning. Ook is het zaak dat de processen binnen het fpc geoptimaliseerd worden en het behandeltraject inzichtelijk en toetsbaar gemaakt wordt, om zo aansluiting te vinden bij de trend van de teruglopende behandelduur en transparantie over de behandeling.

Op basis van de gevoerde gesprekken kan de taskforce zich niet aan de indruk onttrekken dat er na opname en overplaatsing veel dubbel werk gedaan wordt. Zo ligt er voor plaatsing in het fpc in de regel een Pro Justitia rapportage of bij overplaatisng een dossier vanuit het fpc van de eerdere opname. Hierbij komt dat de inrichting en planning van het diagnostische en behandeltraject niet altijd optimaal is vormgegeven. Een patiënt wordt, na een periode van gewenning aan de plaatsing in het fpc, nogmaals onderworpen aan diverse diagnostische onderzoeken en gesprekken. In sommige gevallen komt hij zelfs op een wachtlijst hiervoor terecht. Na een overplaatsing lijkt ook vaak hooguit beperkt gebruik te worden gemaakt van de informatie die beschikbaar is vanuit de voorafgaande kliniek. Processen zouden, zoveel als mogelijk, parallel moeten lopen in plaats van elkaar op te volgen en afgerond moeten zijn binnen enkele maanden, ook zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van informatie welke al beschikbaar is. Het nieuwe fpc zal in korte tijd de stand van zaken in beeld moeten kunnen krijgen. Voor de tbs-gestelde moet idealiter binnen een paar maanden helder zijn hoe de behandeling eruit komt te zien. Een best practice op dit punt betreft de trajectkaart die door FPC Oldenkotte werd gebruikt. In de trajectkaart worden de doelstellingen voor een bepaalde periode van behandeling geëxpliciteerd (waar wordt naar toe gewerkt) in relatie tot de risicofactoren. Daarbij wordt aangegeven welke behandelonderdelen hiervoor (in tijd) zullen worden ingezet. Dit bevordert het traject-denken. Voorts verankert het gebruik van de trajectkaart de externe blik binnen het fpc.
Sommige patiënten geven aan niet de indruk te hebben dat zij behandeld worden. Nuancering hierbij is dat de fpc's met patiënten wel degelijk dagelijks middels sociotherapie en arbeidstherapie werken aan hun vaardigheden. De patiënten ervaren vaak echter alleen groepstherapie en individuele gesprekken met een gedragskundige als behandeling.

De taskforce verwacht dat het fpc binnen de wettelijke periode van drie maanden[13] na opname voor elke patiënt tenminste een concreet afgestemd behandelplan heeft vastgesteld, met daarbij een update van de diagnostiek en de prognose (daarbij voor zover mogelijk voortbordurend op de rapportages Pro-Justitia). Dit kan in de periode dat de patiënt went aan zijn verblijf in het fpc. In samenhang met de derde aanbeveling zou hier ook de laatste fase van de detentie voor gebruikt kunnen worden.

[13] Het eerste lid van artikel 16 schrijft voor dat het hoofd van de inrichting zorg draagt dat zo spoedig mogelijk en in ieder geval binnen drie maanden na binnenkomst van de verpleegde in de inrichting een verplegings– en behandelingsplan wordt vastgesteld. De verpleegde heeft er belang bij dat zo spoedig mogelijk de voor hem meest geschikte verplegings– en behandelingsstrategie wordt vast gesteld. (uit memorie van toelichting beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden, p. 20)

5. Intensiveren rapportagecyclus NIFP

Wanneer met de vordering van de verlenging van de tbs door de Officier van Justitie de totale duur van de tbs-maatregel een periode van zes jaar of een veelvoud daarvan te boven gaat moet de Officier van Justitie, naast de stukken die hij bij een gewone verlengingsvordering overhandigt, ook een multidisciplinair onderzoek overleggen. Deze Pro-Justitia rapportage betreft een second opinion op het verlengingsadvies en bevat een evaluatie die gericht is op het verkrijgen van een longitudinaal overzicht van het verloop en de effectiviteit van de behandeling.

Dit betekent dus dat er pas na zes jaar op onafhankelijke wijze gekeken wordt naar het behandelverloop van de individuele tbs-gestelde. Naar de mening van de taskforce vraagt het streven naar een behandelduur van acht jaar, waarbij de meeste winst wordt verwacht aan het begin van de behandelperiode, om een eerdere tussentijdse onafhankelijke evaluatie van de geboekte voortgang.

Naast een evaluerende functie, heeft een rapporteur Pro-Justitia ook een signalerende functie. Door hun externe blik op de behandeling kunnen de rapporteurs ook aanbevelingen doen ten aanzien van het verlof en de resocialisatiemogelijkheden van de tbs-gestelde. Zij kunnen de prognose van het fpc toetsen en hun visie geven op de komende stappen die het fpc met de betrokken tbs-gestelde wil ondernemen. De taskforce ziet meerwaarde in deze tussentijdse externe evaluatie en beveelt aan deze na vier jaar, halverwege de beoogde gemiddelde behandelduur, te laten plaatsvinden.

6. Intensiveren intercollegiale toetsing ter voorkoming van een behandelimpasse

In de huidige werkwijze van de fpc's is weinig sprake van intercollegiale samenwerking en toetsing op casusniveau. Sommige fpc's hebben intercollegiale toetsing intern geregeld; bij andere gebeurt het incidenteel. In het kader van de afspraken in het Manifest van Lunteren zullen de fpc's de interne consultatie door collega- behandelaren meer structureel gaan organiseren. De taskforce hecht waarde aan het delen van best practices om zo van elkaar te leren. Een dergelijke samenwerking kan op veel gebieden van nut zijn, zowel op casusniveau als ook op inrichtingsniveau. Hierbij wordt gedacht aan het bekijken van de haalbaarheid van prognoses en het zo vroeg mogelijk denken in trajecten, maar ook aan het identificeren/delen van leerpunten uit incidenten.

Deskundigen uit andere fpc's, maar bijvoorbeeld ook het NIFP en fpa's en fpk's, kunnen eerder geconsulteerd worden in geval van een complexe casus of een (dreigende) behandelimpasse. De fpc's ontwikkelen hier met elkaar een werkwijze voor en zullen deze formaliseren. Hierbij wordt onder andere gekeken naar een frequentere onafhankelijke rapportage en collegiale aanbevelingen.

Naast het vormgeven van de samenwerking op casusniveau beveelt de taskforce ook aan te komen tot een vanzelfsprekende standaard werkwijze bij ernstige incidenten, waarbij de Inspectie voor Veiligheid en Justitie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de collega fpc's een grotere rol spelen in het onderzoek. Het is van belang om periodiek preventief bij andere fpc's de processen te bekijken, zodat beide partijen hier voordeel aan kunnen ontlenen. Tevens dienen incidenten breed besproken te worden, zodat hier lering uit getrokken kan worden. Deze werkwijze zou moeten leiden tot goede aanbevelingen en passende maatregelen naar aanleiding van het incident die niet alleen navolging kunnen krijgen in het fpc waar het incident zich heeft voorgedaan, maar ook breder kunnen worden toegepast. Ook is het van belang om periodiek preventief, dus niet alleen in relatie tot incidenten, bij andere fpc's de processen te bekijken. Een goed voorbeeld van hoe dit kan is het zogenoemde Kwaliteitsnetwerk, gebaseerd op het Quality Network for Forensic Mental Health Services uit Engeland, van de fpa's. Het Kwaliteitsnetwerk draait om het actief op zoek zijn naar -en delen van- *best practices* en daarmee te leren van elkaar. De aanbevolen intercollegiale toetsing, de uitwisseling van best practices, en het periodiek elkaar de maat nemen, zullen volgens de taskforce (ook) bijdragen aan een verbeterde ketensamenwerking en het behouden van kwalitatief hoogwaardige werkprocessen.

7. Aanpassing verloftraject (maatregel *1 jaar geen verlof*)

Sinds 1 januari 2011 wordt aan tbs-gestelden die zich uit begeleid verlof onttrekken, of uit een situatie van onbegeleid verlof[14] langer dan 24 uur ongeoorloofd afwezig zijn geweest één jaar geen verlof verleend, tenzij zwaarwegende persoonlijke omstandigheden zich daartegen verzetten. Ook tbs-gestelden die een strafbaar feit hebben gepleegd waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten krijgen een jaar geen verlof. De maatregel *1 jaar geen verlof* heeft sinds de invoering in 70 gevallen[15] geleid tot een jaar geen verlof. Dit is in 56 gevallen toe te schrijven aan een ongeoorloofde afwezigheid tijdens verlof. In 14 gevallen is de maatregel toegepast na het plegen van een strafbaar feit.

De maatregel heeft tot doel tbs-gestelden te bewegen zich te houden aan de regels en afspraken. Echter de maatregel lijkt in individuele gevallen een ongewenst effect op de beoogde resocialisatie te hebben. In sommige gevallen loopt het resocialisatietraject een dermate grote deuk op, dat dit niet te herstellen valt. Verscherping van de criteria om de maatregel meer doelmatig in te zetten is van belang.
De staatssecretaris zou volgens de taskforce meer gebruik kunnen maken van zijn bevoegdheid de hardheidsclausule[16] toe te passen, indien het fpc aannemelijk kan maken dat zwaarwegende omstandigheden aan de orde zijn. De fpc's hebben dit sinds de invoering van de maatregel slechts een enkele keer geprobeerd, en deze verzoeken zijn niet toegewezen.

Voorts blijkt ook uit de gesprekken in het forensische veld dat in sommige gevallen getwijfeld wordt of de maatregel wel in verhouding staat tot hetgeen is voorgevallen. Een voorbeeld hiervan is de toepassing van de maatregel bij een relatief klein delict als winkeldiefstal, waar wel voorlopige hechtenis voor is toegelaten. Wanneer de tbs-gestelde bij een winkeldiefstal akkoord gaat met een transactievoorstel, wordt hij in feite dubbel gestraft. Naast de betaling van de opgelegde boete verliest hij ook zijn verlofmogelijkheden voor een jaar. De Taskforce stelt voor om de maatregel bij een strafbaar feit alleen toe te passenals het Openbaar Ministerie daadwerkelijk overgaat tot vervolging van de tbs-gestelde naar aanleiding van een verdenking van een delict waar voorlopige hechtenis voor is toegelaten, en de maatregel niet toe te passen bij een sepot of een transactievoorstel.

Een ander punt dat de taskforce wil benadrukken betreft de noodzaak van een spoedige afhandeling van de aangiftes. De Officier van Justitie zou in dergelijke zaken vlot een beslissing dienen te nemen, met inachtneming van de gevolgen van deze beslissing voor het traject van de tbs-gestelde. Voorts dient de handleiding waarin de uitvoering van de aangifteplicht is beschreven, strikt uitgevoerd te worden door alle partijen.

8. Verbeteren uitstroom longstay

Sinds de invoering van de hertoetsing van de patiënten die op de longstay zijn geplaatst, is een groot aantal patiënten terug geplaats in een behandelsetting. Voor hen blijken volgens de Landelijke Adviescommissie Plaatsing (LAP) resocialisatie mogelijkheden te bestaan, primair in de forensische/reguliere ggz of verstandelijk gehandicaptenzorg. Echter, in gesprekken blijkt dat het plaatsen van deze groep in de (forensische) ggz of de verstandelijk gehandicaptenzorg op problemen stuit. Dit hangt samen met enerzijds het negatieve label van ex-longstayer, als ook met de vaak beperkte ervaringen die de patiënt heeft opgedaan met vrijheden. De stap naar de resocialisatievoorziening wordt dan te groot geacht.

---

[14] Met inbegrip van tranmuraal verlof en proefverlof
[15] Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 29 452, nr. 168
Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 29 452, nr. 161
Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 29 452, nr. 154
[16] De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie heeft de bevoegdheid af te zien van de toepassing van de maatregel *1 jaar geen verlof* bij tbs-gestelden met verregaande vrijheden buiten het fpc. Dit kan hij doen indien hij het aannemelijk acht dat ' zwaarwegende persoonlijke omstandigheden zich hier tegen verzetten' (artikel 17, derde lid Verlofregeling TBS)

De taskforce acht het van belang dat zoveel als mogelijk een longstayplaatsing wordt vermeden om het negatieve label van ex-longstayer wordt voorkomen. De taskforce pleit er daarnaast voor om onbegeleid verlof toe te staan voor patiënten met een longstaystatus. Dit ten behoeve van vertrek uit de longstayvoorziening. Hiermee kan worden toewerkt naar verblijf in een andere setting en verlofbewegingen kunnen daarvoor gericht worden ingezet. De noodzakelijk hiervan moet blijken uit een trajectplan met duidelijke tijdsindicatie en overeenkomstig opgestelde verlofdoelen. Met het succesvol doorlopen van het verlofplan kan worden aangetoond dat de tbs-gestelde kan omgaan met enige mate van vrijheid en in staat is zich aan de voorwaarden te houden. Dit zal naar verwachting van de taskforce de overgang naar de vervolgsetting vergemakkelijken.
Met het toestaan van verlof bij longstay, in het kader van voorbereiding op plaatsing in de ggz of verstandelijk gehandicaptenzorg, ziet de taskforce een parallel met de verlofmogelijkheid die gecreëerd is voor ongewenst verklaarde vreemdeling met als oogmerk het vergemakkelijk van de repatriëring van deze groep.

Doorstroom

9. Ketenpartners eerder betrekken bij de doorstroom

Ketensamenwerking is erop gericht de zorgverlening te optimaliseren. Het denken in trajecten en het vroegtijdig betrekken van benodigde ketenpartners moet een vanzelfsprekendheid worden. Bij de start van de samenwerking dienen volgens de taskforce in ieder geval afspraken te worden gemaakt over welke resocialisatiestappen gezet dienen te worden en op welke wijze de zorgverlening georganiseerd zal worden. De rollen moeten duidelijk geïdentificeerd en vastgelegd worden. Er dient te worden toegewerkt naar een gezamenlijk doel, in casu een zoveel als mogelijk recidivevrije terugkeer in de maatschappij. Duidelijk moet worden per casus hoe men tot dit doel komt en wat men hiervoor van elkaar nodig heeft, bijvoorbeeld wat betreft expertise en bij het optreden van een crisis. Het FPT is een voorbeeld hoe dergelijke samenwerking kan worden opgezet.

Het keten-denken en het samenwerken kan bijdragen aan de bedoeling van de resocialisatie, namelijk dat een tbs-gestelde op het juiste moment op de juiste plaats terecht kan. Zo zou de contactfunctionaris van de reclassering proactief de fpc's kunnen benaderen en de vinger aan de pols kunnen houden op de uitstroomafdelingen. Het fpc kan in een vroeg stadium contact leggen met de beoogde vervolgvoorziening, bijvoorbeeld de forensische ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg of een instelling voor begeleid wonen, en in het kader van de prognosestelling hier op anticiperen. Inbedding in overlegstructuren, zodat korte lijnen kunnen worden betracht, verdient de aanbeveling. De mogelijkheden tot samenwerking en inzet van expertise kunnen effectiever worden ingezet, met een verlaging van drempels, een verbeterde samenwerking en naar verwachting een versnelling van behandeling tot gevolg.

10. Betere afstemming met de forensische ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg

De taskforce realiseert zich terdege dat niet alleen binnen het tbs-veld gezocht dient te worden naar manieren om de behandelduur terug te brengen, maar ook binnen het vervolgtraject van tbs-gestelden in het bredere forensische en reguliere zorgveld.

Zoals in aanbeveling acht wordt opgemerkt, kunnen fpc's door de prognosestelling anticiperen op doorstroom naar een vervolgvoorziening of een meer zelfstandige woonplek. Ketenpartners verantwoordelijk voor het toezicht en de verdere begeleiding kunnen vroegtijdig kennismaken met de tbs-gestelde en diens problematiek. Een voorwaarde hiervoor is de capaciteit bij deze partijen die beschikbaar is voor door- en uitstromende tbs-gestelden. Als er weinig plekken voor deze doelgroep beschikbaar zijn in de forensische ggz, de verstandelijk gehandicaptenzorg of bij instellingen voor begeleid wonen, zal de doorstroom in de fpc's stagneren. Deze druk op de capaciteit heeft direct effect op de behandelduur van tbs-gestelden[17].

[17] Navraag bij DForzo leert dat men al inspeelt op deze capaciteitsproblematiek in het inkoopbeleid 2015. Zorgaanbieders die transmurale patiënten in zorg hebben waarvan bekend is dat de datum van voorwaardelijke

Ook valt op dat er soms huivering bestaat voor het opnemen van tbs-gestelden, gezien hun voorgeschiedenis en de angst voor incidenten, zeker als er sprake geweest is van een eerdere longstayplaatsing. Tbs-gestelden vormen echter geen nieuwe groep in de ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg en onderscheiden zich wat betreft problematiek niet of nauwelijks van patiënten met andere forensische titels. Bovendien heeft de taskforce in een aantal vervolgvoorzieningen vernomen dat de ervaringen van de vervolgvoorzieningen in de praktijk juist positief kunnen zijn, doordat de tbs-gestelde gewend is te functioneren in structuur en voorwaarden.
Door kennisdeling, leren van ervaring en vroegtijdige betrokkenheid zullen vervolgvoorzieningen naar verwachting van de taskforce mogelijk meer welwillend staan ten opzichte van het opnemen van tbs-gestelden. De taskforce beveelt aan dat fpc's en vervolgvoorzieningen heldere afspraken maken over terugval op expertise van het fpc, bijvoorbeeld bij time-out plaatsingen. Een mooi praktijk voorbeeld hiervan heeft de taskforce gezien bij de Stichting Begeleid Wonen Utrecht en FPC Dr. H. Van der Hoevenkliniek, waarbij het fpc aangeeft elke tbs-gestelde op verzoek ter time-out op te nemen, ongeacht of deze afkomstig is uit het fpc. Voorts maken zij met de Directie Forensische Zorg en het fpc van herkomst afspraken ten aanzien van de vervolgstappen.

Uitstroom

11. Betere afstemming vervolgzorg en de reguliere ggz en verstandelijk gehandicaptenzorg

Een deel van de populatie tbs-gestelden heeft een blijvende zorgbehoefte. De titel tbs is niet meer nodig, het recidiverisico is voldoende teruggebracht, echter de zorgbehoefte blijft bestaan. Het betreft veelal de groep die voorafgaande aan de tbs-titel ook al in zorg was, bijvoorbeeld in de verstandelijk gehandicaptenzorg of reguliere ggz. De groep patiënten met een chronische zorgbehoefte is geen nieuwe groep patiënten, maar een die al sinds jaar en dag bekend is bij verzekeraars en gemeenten. De aansluiting juist voor deze groep, die dan weer in forensische zorg is, dan weer reguliere zorg nodig heeft[18] moet worden verbeterd. De taskforce onderschrijft dan ook de aanbevelingen die gedaan zijn over de continuïteit van zorg uit het rapport 'Stoornis en Delict' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Een aantal van de aanbevelingen uit dit rapport wacht op implementatie.

Met de komst van de WMO 2015 signaleert de taskforce mogelijke belemmeringen voor de uitstroom van tbs-gestelden. De terugkeer naar de maatschappij is in sterke mate afhankelijk van de ingekochte plekken voor langdurig beschermd wonen door gemeenten en de financiering van verdere (al dan niet klinische) behandelding door de zorgverzekeraar. Dit traject loopt onvoldoende, waardoor tbs-patiënten onnodig lang op dure (behandel)plekken verblijven; verstopping in de uitstroom is het gevolg. Hierbij geldt wederom dat het vroegtijdig betrekken van de vervolgketen, bij afloop van de tbs-titel de gemeente en de verzekeraar, cruciaal is. In geval van (ex)tbs-gestelden is het vaak zo dat het verantwoord wordt geacht de maatregel te beëindigen, omdat de tbs-gestelde goed is ingebed in de voorziening waar hij verblijft en hier voldoende zorg en begeleiding ontvangt om het uitblijven van delictgerelateerd gedrag en recidive te waarborgen. Indien na beëindiging van de titel de beschikbaarheid en financiering van dergelijke zorg wegvalt, brengt dit risico's met zich mee die als maatschappelijk onaanvaardbaar kunnen worden beschouwd. De taskforce zal zich inzetten het thema continuïteit van zorg uitgebreid bespreekbaar te maken met de betrokken partners, zijnde het ministerie van Veiligheid en Justitie, het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en GGZ Nederland als vertegenwoordigers van belanghebbenden.

---

beëindiging of proefverlof in 2015 plaatsvindt en waarvan wordt verwacht dat de patiënt op hetzelfde bed blijft, kunnen voor tijdelijke uitbreiding van OFZ-capaciteit in aanmerking komen.

[18] In de reguliere GGZ kan ook sprake zijn van niet-strafrechtelijke forensische zorg. Hierbij is de cliënt niet veroordeeld, maar wordt in de behandeling wel rekening gehouden met delictrisico. Deze zorg wordt verleend onder de Zorgverzekeringswet.

Vervolg

De aanbevelingen in deze rapportage zullen worden aangeboden aan de opdrachtgevers van de taskforce, de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. De leden van de taskforce blijven verantwoordelijk voor de uitvoering en het monitoren van de resultaten van de uitvoering van de aanbevelingen, evenals de invloed die dit heeft op de gemiddelde behandelduur. Er is een actieplan noodzakelijk waarin commitment van de ketenpartners is vastgelegd. Indien nodig zal dit leiden tot vervolggesprekken over het implementatietraject met diverse leden van de taskforce. De taskforce zal zich waar nodig inzetten voor het realiseren van de aanbevelingen en stelt hiervoor een plan op.

In het voorjaar van 2015 zal een gesprek plaatsvinden met de convenantsapartners over de dan behaalde resultaten in termen van reductie van de gemiddelde behandelduur.
Voor die tijd zal de binnenkring van de taskforce nog minimaal één keer bijeen komen. De verwachting is dat de binnenkring voldoende zicht heeft op de ontwikkelingen in de sector, zodat het niet noodzakelijk is de taskforce in haar volle omvang bijeen te roepen. Mocht er onvoldoende resultaat zichtbaar worden, dan zal dit alsnog ingezet kunnen worden.

In de lijn van de behandelduur is sinds 2010 een dalende trend zichtbaar. Inmiddels is duidelijke geworden dat de gemiddelde behandelduur, berekend voor het instroomcohort 2005, is gedaald naar 8,4 jaar (Van Gemmert & Van Schijndel, 2014). De taskforce rekent erop dat de genoemde aanbevelingen zullen bijdragen aan een verdere reductie van de behandelduur.

De taskforce blijft nog tenminste een jaar in sluimerende vorm actief om de voortgang te monitoren. Zodra de ontwikkelingen in de sector hebben geleid tot een behandelduur van gemiddeld acht jaar en deze ontwikkeling zich bestendigt, kan de taskforce overgaan tot afsluiting.

Mocht gestreefd worden naar een verdere reductie van de gemiddelde behandelduur, dan kan dit in de vorm van een nieuwe opdracht worden aangeboden aan de taskforce. Echter, voordien dienen de implicaties van deze opdracht goed uitgezocht en beschreven te zijn.

Literatuur

Bregman, I.M. & Wartna, B.S.J. (2011) *Recidive TBS 1974-2008: Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden.* Den Haag: WODC. Factsheet 2011-6

Chakhssi, F. & Verwaaijen, S. (2012) Monitor: starfrechtelijke recidive tijdens en na tbs-behandeling in FPC de Rooyse Wissel. Venray: FPC de Rooyse Wissel

Dijk, E. van, m.m.v. Brouwers, M., & Khudabux, T. (2011). *Daling opleggingen tbs met dwangverpleging: ontwikkelingen en achtergronden.* Den Haag: WODC. Memorandum 2011-1.

EFP (2008). *Preklinische interventie en preklinische behandeling: Evaluatie- rapport*. Utrecht: EFP.

Gemmert, N. van & Schijndel, C. van (2013) *Forensische Zorg in getal 2008-2012*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

Gemmert, N. van & Schijndel, C. van (2014) *Forensische Zorg in getal 2009-2013*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

Kogel, C.H., de, Nagtegaal, M.H., Never, E. & Vervaeke, G. (2006), Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis : wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België, Den Haag: WODC

Nagtegaal, M.H., Horst, R.P. van der & Schönberger, H.J.M., (2011), *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden,* Den Haag: WODC

Nowak, M.J. & Nugter, M.A., (2014) *Ik zit mijn tijd wel uit… II. Een replicatieonderzoek naar recidiven bij patiënten met een strafrechtelijke machtiging*, Tijdschrift voor psychiatrie 56(2014)4, 237-246

Peek, W.H.M. & Nugter, M.A. (2009) *Ik zit mijn tijd wel uit…* Tijdschrift voor psychiatrie 51(2009)10, 715-725

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) (2011), *De oplopende behandelduur van de tbs,* Den Haag: Raad voor strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.

Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Verweij, S., Alberda, D., Essers, A.A.M. (2012), *Recidivebericht 2012: Landelijke cijfers met betrekking tot de strafrechtelijke recidive van justitiabelen uit de periode 2002-2009*. Den Haag: WODC. Factsheet 2012-6

Wartna et al., (2014) *Recidivecijfers per fpc*, Den Haag: WODC. cahier 2014-15

Uitzending Nieuwsuur op 27 december 2013: Tbs-systeem zit in het slop.
http://nieuwsuur.nl/video/591317-tbssysteem-zit-in-het-slop.html

Bijlage

Bijlage 1
Overzicht leden van de taskforce behandelduur tbs:

Binnenkring:

Stakeholder	Contactpersoon	Functie
Ministerie van Veiligheid en Justitie	Michel Groothuizen	Directeur Sanctie en Preventie
Dienst Justitiële Inrichtingen	Goof van Gemert	Directeur Forensische Zorg (DForZo)
GGZ Nederland	Paul van Rooij	Directeur GGZ Nederland
GGZ Nederland	Joep Verbugt	Voorzitter Forensisch Netwerk / bestuurslid GGZNL
TBS Nederland (ODO, fpc's)	Joke Groeneweg	Voorzitter ODO (onderling directeuren overleg, algemeen directeuren FPC's)
TBS Nederland (LBHIV, fpc's)	Harry Beintema	Voorzitter LBHIV (landelijk beraad hoogst inhoudelijk verantwoordelijken,behandeldirecteuren FPC's)
Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie	Carsten Herstel	Directeur NIFP
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	Hans Schirmbeck	Directeur VGN
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)	Bart Groeneweg	bestuurslid VGN

Buitenkring:

Stakeholder	**Contactpersoon**	**Functie**
3 Reclasseringsorganisaties (3RO)	Edwin ten Holte	Directeur SVG (Stichting Verslavingsreclassering GGz)
Adviescollege Verloftoetsing	Jan Verheugt - opgevolgd door Harry Stikkelbroeck	Voorzitter AVt
Advocatuur	Job Knoester	Strafrechtadvocaat Nolet advocaten
Dienst Justitiële Inrichtingen	Goof van Gemert	Directeur Forensische Zorg (DForZo)
FPA/FPK Directieberaad	Dini Hoenink – opgevolgd door Eddy Adolfsen	Voorzitter FPA/FPK Directieberaad
GGZ Nederland	Jacobine Geel	Voorzitter GGZ Nederland
GGZ Nederland	Paul van Rooij	Directeur GGZ Nederland
GGZ Nederland	Joep Verbugt	Voorzitter Forensisch Netwerk / bestuurslid GGzNL
Landelijke Adviescommissie Plaatsing longstay	Hans Lensing	Voorzitter LAP
Ministerie van Veiligheid en Justitie	Fred Teeven, namens deze Michel Groothuizen	Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie
Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport	Veronique Esman- Peeters, namens deze Fred Krapels en Jolinde van den Endt	Directeur Curatieve Zorg (VWS)
Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie	Carsten Herstel en Arjan de Groot	Directeur NIFP Portefeuillehouder rapportage NIFP
Openbaar Ministerie	Annemarie Penn- te Strake, namens deze Henk Korvinus	Procureur - generaal (Openbaar Ministerie)
Rechtspraak	Yvo van Kuijck	Vicepresident Hof Arnhem/ Forum TBS
RIBW Allaintie	Jan Berndsen	Voorzitter RIBW Allaintie
TBS Nederland (fpc's)	Joke Groeneweg	Voorzitter ODO (onderling directeuren overleg, algemeen directeuren FPC's)
TBS Nederland (fpc's)	Harry Beintema	Voorzitter LBHIV (landelijk beraad hoogst inhoudelijk verantwoordelijken,behandeldirecteuren FPC's)
Vereniging Nederlandse Gemeenten	Jantine Kriens, namens deze Siewert Pilon	Directeur Vereniging Nederlandse Gemeenten
Zorgverzekeraars Nederland	Marianne Lensink	Directeur Zorg

Voorts zijn ook de patiëntenraad van FPC Dr. S. Van Mesdag en vertegenwoordigers de centrale patiëntenraad van FPC de Pompestichting en de landelijke patiëntenraad geconsulteerd. De aanbevelingen zijn gepresenteerd aan een afvaardiging van de patiëntenraden van alle FPC’s.

Bijlage 2
Stroomschema keten ter beschikking stelling:

